



**WELL CHILD EXAM - LATE
CHILDHOOD: 10 YEARS**
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

ໄວດັກບ້ານທ້າຍ: 10 ປີ

ເປັນຜູ້ປະຫວັດ	ຊື່ດັກ	ນໍາເຕືອມໄດ່	ວັນທີ	
	ອາການຜິດ	ປາທີ່ຂຶ້ນຢູ່ໃນປະຈຸບັນ		
	ອາການເຈັບເປັນ/ອຸປະຕິເຫດ/ຂັ້ນຫາ/ສຶກງ້າງວົນ ນັບແຕ່ນໍາເຫຼືອສຸດທ້າຍ		ມີຂໍ້າພະເຈົ້າມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບເຮືອງ:	
	ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ເດັກຂອງຂ້ອຍໄດ້ພັກຝອນດີເວລາລາວ (ຊາຍ/ຍິງ) ຕື່ນຂຶ້ນ.	
	ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ເດັກຂອງຂ້ອຍປະຕິບັດຢູ່ໄຮງຮຽນດີ.	
	ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ເດັກຂອງຂ້ອຍມີໜູ້ໄກ້ຊີດຜູ້ນິ້ງ ຫລື ຫລາຍຄົນ.	
WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	BLOOD PRESSURE	Diet _____	
<input type="checkbox"/> Review of systems	<input type="checkbox"/> Review of family history	Sleep _____		
Screening:	MHZ	R	L	
Hearing	4000	_____	_____	
	2000	_____	_____	
	1000	_____	_____	
	500	_____	_____	
Vision	R 20/ N A	L 20/ _____	Review Immunization Record	
Development	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> Dental Referral <input type="checkbox"/> Hct/Hgb		
Behavior	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Health Education: (Check all discussed/handouts given)		
Social/Emotional	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/> Child Care	
Mental Health	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Seat Belt	<input type="checkbox"/> Regular Physical Activity	
Physical:	N A	<input type="checkbox"/> Reading/Homework	<input type="checkbox"/> Helmets/Safety Gear	
General appearance	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Passive Smoke/Smoking	<input type="checkbox"/> Bedtime/Household Rules	
Skin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dental Care	<input type="checkbox"/> Puberty/Menses Onset	
Head	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Other: _____	Assessment/Plan: _____	
Eyes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 _____		
Ears	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 _____		
Nose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 _____		
Oropharynx/Teeth	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 _____		
Neck	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 _____		
Nodes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 _____		
Describe abnormal findings and comments: _____ _____ _____				
IMMUNIZATIONS GIVEN				
REFERRALS				
NEXT VISIT: 12 YEARS OF AGE		HEALTH PROVIDER NAME		
HEALTH PROVIDER SIGNATURE		HEALTH PROVIDER ADDRESS		

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Late Childhood (10 years)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Fluoride Screen

Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999-00.(21)5.

Bed-wetting

Most children who wet the bed over come the problem between 6-10 years of age. Even without treatment all children eventually get over it. It is important for primary care practitioners to discuss with parents any concerns about their child's incontinence and potential treatment options during the annual exam. Use clinical judgment with treatment.

Total Cholesterol/Lipoprotein Screens

- Screen children with a parent or grandparent with premature (before age 55) cardiovascular disease.
- Recommend lipoprotein screen for children with a total cholesterol equal to or greater than 170 on two tests with a parent whose cholesterol is greater than or equal to 249 mg/DL.

Developmental Milestones

Always ask parents if they have concerns about development or behavior.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention.



ການກວດດັກໃຫ້ມີສູຂພາບດີ - ໄວດັກບັນທຶນ: 10 ປີ
WELL CHILD EXAM - LATE CHILDHOOD: 10 YEARS
(ຮັດຕາມຄໍາຊັນນຳ EPSDT)

ວັນທີ

ໄວດັກບັນທຶນ: 10 ປີ

ຜົນຜັນປະຫວັດບັນທຶນ	ຊື່ດັກ	ນໍາເຕັມາໄດຍ	ວັນທີ
	ອາການຜິດ	ປາທີ່ຂຶ້ນຢູ່ໃນປະຈຸບັນ	
	ອາການເຈັບເປັນ/ອຸປະຕິເຫດບັນຫາສຶກສັນຍາ	ມີນັ້ນຂາພະເຈົ້າມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບຮູ້ອງ:	
	ແມ່ນໆ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ດັກຂອງຂອບກິນເວົ້າເຊົາທຸກມື້. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ດັກຂອງຂອບປະຕິບັດຢູ່ໄຮງຮຽນດີ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ດັກຂອງຂອບນີ້ໃກ້ຊີດຜູ້ນີ້ ຫລື ຫລາຍຄົມ.	ແມ່ນໆ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ດັກຂອງຂອບໄດ້ພັກຝອນດີເວລາລາວ (ຊາຍ/ຍິງ) ຕື່ນໜີ້ນ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ດັກຂອງຂອບອິດທິນຕໍ່ຄວາມຕິງຄຽດໃຈຮ້າຍ, ກະຟິກກະຟິກໄດ້ປ່າງເໝາະສິນ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ດັກຂອງຂອບຮັດກິຈການກ່ຽວກັບທຸກມື້.	
	ນັ້ນັກ KG./OZ. ຕໍ່ຮ້ອຍ	ສົງ CM/IN. ຕໍ່ຮ້ອຍ	ຄວາມດັນເລືອດ
<input type="checkbox"/> ການທົບທວນເບິ່ງລະບົບ <input type="checkbox"/> ການທົບທວນເບິ່ງປະວັດຄອບຄົວ		ອາຫານ _____	
ການກວດ:	MHZ	R	L
ການກວດໜູ້	4000	_____	_____
	2000	_____	_____
	1000	_____	_____
	500	_____	_____
ການກວດຕາ	R 20/_____	L 20/_____	
	ປຶກກະຕິ ບໍ່ປຶກກະຕິ		
ການຕີຕິໂຕ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	
ການປະຜິດ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	
ສັງຄົມ/ອາຮົມ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	
ສູຂພາບຈິດ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	
ຮາງກາຍ:	ປຶກກະຕິ ບໍ່ປຶກກະຕິ	ປຶກກະຕິ ບໍ່ປຶກກະຕິ	
ຫຼສນະຫົວໄປ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ໜ້າອີກ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ຜິວໜັງ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ປອດ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ຫົວ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ລະບົບຫົວໃຈກັບຈອນ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ຕາ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ຫ້ອງນັບຍອບ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ໜູ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ອະໄວບະວະສືບຜັນ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ດັງ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ກະດຸກສັນຫັງ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ປາກຄໍ/ແຂວງ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ຕິນນີ້	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ຄໍ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ສ່ວນປະສາດສະໝອງ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ຂອດໄນ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ການຍ່າງ ຫລື ແລ້ວ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ອະທິບາຍສຶກທີ່ພົບວ່າບໍ່ປຶກກະຕິ ແລະ ຄວາມເຫັນຕ່າງໆ:			

ການສັກປາຂອງກັນທີ່ໃຫ້			
ການສຶກຕໍ່			
ຊື່ຜູ້ປຶກກະຕິ			
ນາມເປີບເທື່ອໜ້າ: ອາຍຸ 12 ປີ			
ລາຍເຊັນຜູ້ໃຫ້ການປຶກກະຕິ			
ບ່ອນຜູ້ປຶກກະຕິ			

ສູຂພາບດັກຂອງທ່ານເມື່ອໄດ້ 10 ປີ

ປາກົດການຊື່ວິດ

ວິທີການພັດທະນາການຂອງດັກນ້ອຍຂອງທ່ານລະຫວ່າງ
ອາຍຸ 10 ປີ ແລະ 12 ປີ.

ດັກຂອງທ່ານຈະມີແຂ້ວປະຈຳດ້ານຂ້າງປາກ.

ລະຫວ່າງ 10 ແລະ 12 ປີ ດັກຂອງລາຍງຸຄົນຈະເລີ່ມຕົກໃຕ້ເປັນ
ຜູ້ໃຫຍ່. ຍິງສາວອາດເລີ່ມມີນິນີ ແລະ ປະຈຳດີອນ. ຂາຍໜຸ່ມອາດ
ມີໝາວດ ແລະ ພອຍ.

ໃຫ້ເວົ້າກັບດັກຂອງທ່ານເຮືອງການປ່ຽນແປງຕາມຮ່າງກາຍກ່ອນ
ນັ້ນຈະເກີດຂຶ້ນ. ຂາຍໜຸ່ມອາດຮູ້ກ່ຽວກັບໝວດເຈົ້າ, ສຽງປ່ຽນ ແລະ
ຝັນປ່ຽວໃສ່ຂ່ອນ. ຍິງສາວອາດຮູ້ວ່າຈະຮັດຢ່າງໄດວລາປະຈຳດີອນ
ຂອງລາວ (ຍິງ) ເລີ່ມຂຶ້ນ.

ທ່ານສາມາດຊ່ວຍດັກຂອງທ່ານຮຽນຮູ້ສື່ງໃໝ່ໆໄດ້ການ
ເວົ້າ ແລະ ຫລັ້ນກັບລາວ (ຍິງ). ສ້າງເຖິງການແບບ
ຮັດສັນຍານມີ ຫລື ເວົ້າ "ບໍ່" ເວລາຄົນຕ່າງໜ້າສະນີ
ໃຫ້ລາວເຂີດນຳ.

ການຊ່ວຍເຫຼືອ ຫລື ຂໍ້ມູນເພີ່ມຕົ້ນ.

ການເປັນຝ່າຍຕໍ່ຕາມແຜນ, ອົງການວາງແຜນຄອບຄົວ, ກົມສາຫາ
ຮະນະສຸກ ແລະ ວິທະຍາໄລອຸນຊົນ ອາດມີຫັກຮຽນ “ແມ່ແລະ
ຂ້ອຍ” ຫລື “ຝ່າຍແລະຂ້ອຍ” ເພື່ອຊ່ວຍຂະທິບາຍການຕົກໃຫຍ່ຂອງ
ຊາຍໜຸ່ມ ແລະ ຍິງສາວ. ທ່ານສາມາດໃຫ້ຫາ 1-800-375-
2666.

ຄວາມປອດໄພດ້ານອາວຸດ:

ສາບດ່ວນບ່ອນເຕັກນ້ອຍນໍເວົ້າປອດໄພ,
1-800-LOK-IT-UP (565-4887)

ຄວາມປອດໄພບ່ອນນິ່ງຮົດ: ການຮ່ວມປັບປຸງຄວາມປອດໄພ,
1-800-BUCK-L-UP (ສຽງ) ຫລື 1-800-833-6388
(ສາບຄົນເສັ້ນອິງຄະ TTY)

ຄວາມຮູ້ການເປັນຝ່າຍຕໍ່ຕາມແຜນ ຫລື ການສັນບສມູມ: ສາຍຊ່ວຍ
ເຫຼືອຄອບຄົວ, 1-800-932-HOPE (4673) ແຫ່ງຕ່າງໆ
ດ້ານຄອບຄົວເວັບ ນຳແວ່ສ 1-888-746-9568 ຫ້ອງຮຽນ
ຕາມວິທະຍາໄລຫ້ອງຖິ່ນ.

ຄໍາແນະນຳດ້ານສູຂພາບ

ດັກຂອງທ່ານຄວນໄປຫາໝໍເຝື້ອກວດສູຂພາບ ປ່າງໝໍອບບາປີຕໍ່ເທື່ອນີ້ງ.

ລາວ (ຍິງ) ຄວນໄປຫາໝໍແຂ້ວທຸກໆທີກເດືອນ. ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າລາວ (ຍິງ)
ຜັດແຂ້ວປ່າງທີກຕ້ອງດ້ວຍປາຖຸຟັນມີທາດຝຣິໂຣດ ແລະ ໃຊ້ເຊື່ອກຸ່ມແຂ້ວ
ທຸກນີ້.

ທ່ານ ແລະ ດັກຂອງທ່ານຄວນອອກແຮງ 20 ຫາ 30 ນາທີ ແຕ່ລ່ວມື້.
ທ່ານຄວນໄປຢ່າງ ຫລື ແລ່ນແບ້ນລົ້ນນຳກັນ. ນຳເປັນຄວາມເລີຍທີ່ສໍາຄັນ
ສໍາລັບລາວ (ຍິງ) ເພື່ອຮູນ.

ຄໍາແນະນຳການເປັນຝ່າຍຕໍ່ຕາມ

ໃຫ້ດັກຂອງທ່ານຊ່ວຍທ່ານວາງແຜນອາຫານ ແລ້ວ ເຮັດກິນທຸກອາຫິດ.
ນີ້ເປັນເວລາເພົະສິນສໍາລັບລາວ (ຊາຍ) ທີ່ຈະເລືອກທຸກພາກສ່ວນຂອງ
ອາຫານນີ້ປີໄບດັກກ່າຍກ່າຍ.

ການຈັບ, ກອດ ແລະ ຖຸບ ດັກຂອງທ່ານບອກໃຫ້ລາວ (ຊາຍ) ຮູ້ວ່າທ່ານ
ຫ່ວງໄປ. ນີ້ເປັນເງົ່າສຳຄັນເຖິງຈະຄືວ່າດັກຂອງທ່ານອາດບໍ່ປາກໃຫ້ທ່ານ
ຮັດເວລາມີໝູ້ຄູ່ເວົ້າເຈົ້າຢູ່ນຳກຳຕາມ.

ສອນດັກຂອງທ່ານສື່ງທີ່ລາວສາມາດຫລືບໍ່ສາມາດຮັດເວລາລາວໃຈຮ້າຍ.
ຮຽນຕົກລົງການຂັດແບ່ງໃນຄອບຄົວປ່າງນິດງ ຂ່ວຍລາວແກ້ໄຂຄວາມຂັດ
ແບ່ງກັບໝູ້ປ່າງອ່ອນໄຍນ.

ຄໍາແນະນຳດ້ານຄວາມປອດໄພ

ໃນຄອບຄົວແບບຮັດຄວາມປອດໄພຢູ່ເຮືອນຂອງທ່ານ:

- ກວດເບີ່ງສັນຍານຕົ້ນໄຟ ແລະ ປ່ຽນຖານເວລາຕ້ອງການ.
- ປະຕິບັດທິດລອງການປະຕິບັດເວລາເກີດໄຟ ແລະ ພບບໍ່ມີຕາມຫາງ
ແລະ ຄານກ້ອງຄລວນໄຟ.
- ເອົາລູກເປີນອອກຈາກເປີນສັນ ແລະ ບາວ ແລະ ລັກນັນໄວ້.
- ໃຊ້ສາບຮັດບ່ອນນິ່ງທຸກຄົນທຸກເທື່ອທີ່ເຂີດ.
- ໃຊ້ໝາວກັນກະທິບ ແລະ ແນວຮອງສໍາລັບເຂີດຖືບ. ສະເກດ ຫລື ໃຊ້
ສະກຸດຕີ. ຜູ້ໃຫຍ່ປໍ່ຕ້ອງໃຊ້ໝາວກັນກະທິບ ແລະ ແນວຮອງຄືກັນ!

ສອນຄວາມປອດໄພກ່ຽວກັບບືນໃຫ້ດັກຂອງທ່ານ. ເວົ້າເຈົ້າຈະບໍ່ຫລັ້ນງົບ
ແກ້ໄລຍ. ຖ້າທ່ານມີຍຸນເປີນໄວ້ນຳເຮືອນ, ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າມັນບໍ່ມີລູກ ແລະ
ລັກໄວ້ແລ້ວ.